

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1971

N°

83

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Nicole VIGNERON

Interne des hôpitaux de Paris

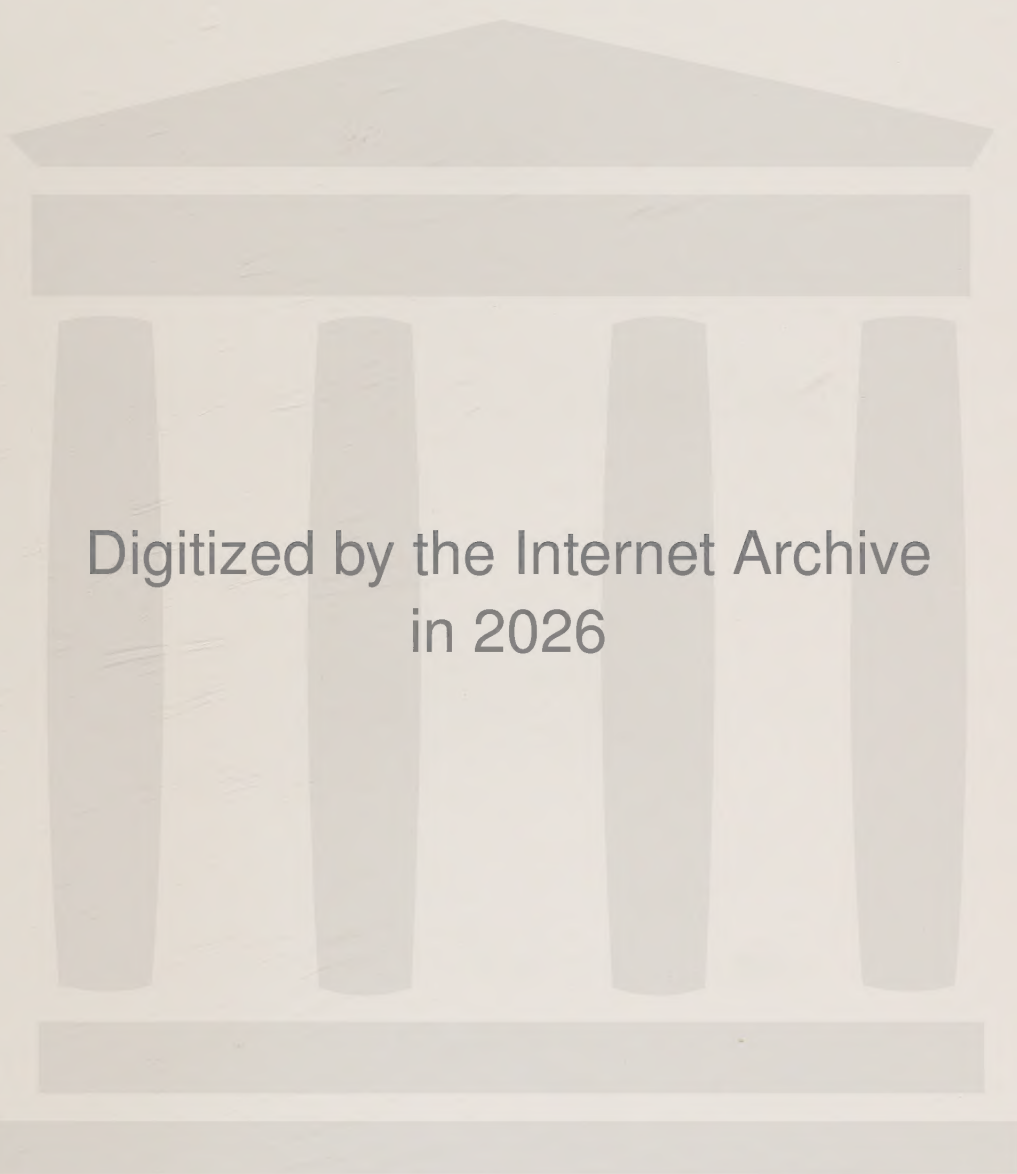
née le 12 Février 1944 à Lyon 6^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le

1971

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FEMME AGÉE

Président : Monsieur le Professeur MERGER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547106_0026

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Nicole VIGNERON

Interne des hôpitaux de Paris

née le 12 Février 1944 à Lyon 6^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 1971

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FEMME AGÉE

Président : Monsieur le Professeur MERGER

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-AUOINE PARIS

191

ANNÉE 1911

THÈSE

Présentée

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par

Monsieur VICHENON

Médecin des hôpitaux de Paris
Né le 12 Mars 1881 à Paris



1911

Exemplaire de la collection de la Faculté de Médecine

CHIMIE GÉNÉRALE DE LA CHIMIE

CHIMIE GÉNÉRALE

CHIMIE GÉNÉRALE DE LA CHIMIE

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE - PARIS

ANNEE 1971

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

par

Nicole VIGNERON

Interne des hôpitaux de Paris

née le 12 février 1944 à Lyon 6ème

Présentée et soutenue publiquement le

1971

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE DE LA FEMME AGEE

Président : Monsieur le Professeur MERGER

UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs titulaires

MM. ANDRE R.	Hématologie
BRISAUD H.	Pédiatrie
BROCARD R.	Médecine
BUGNARD L.	Biophysique
CAROLI J.	Médecine
CERBONNET G.	Chirurgie
CHERIGIE Ed.	Radiologie
CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
CONTE M.	Médecine
DAGUET L.	Bactériologie
DEBRAY J.	Médecine
FLABEAU F.	Chirurgie
GERBEAUX J.	Thérapeutique
GOSSET J.	Chirurgie
HUGELIN A.	Physiologie
LAPLANE R.	Pédiatrie
LELORIER G.	Obstétrique
LOEPER J.	Médecine expérimentale, Immunologie
LOYGUE J.	Chirurgie
MAROIS M.	Histologie
MERGER R.	Obstétrique
MILHAUD G.	Biophysique
NICK J.	Neurologie
ORCEL L.	Anatomie pathologique
PERRAULT M.	Médecine
POLONOVSKI C.	Pédiatrie
POLONOVSKI J.	Biochimie
RICHET G.	Néphrologie
WOLFROMM R.	Médecine

Professeurs sans chaire

MM. BRICOUT	Bactériologie, Virologie
CHALUT J.	Radiologie
Mme CHAPUT A.	Stomatologie
MM. DUHAMEL G.	Hématologie
GIRARD F.	Physiologie
GOLVAN Y.J.	Parasitologie
LESTRADET H.	Pédiatrie
PICARD J.	Biochimie
ROUX Ch.	Embryologie

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. AKOUN G.	Médecine
ARDAILLOU A.	Physiologie
BAUX S.	Chirurgie
BITKER M.	Urologie
BOURY G.	Chirurgie
CATINAT J.	Médecine
CHEYMOL G.	Pharmacologie
CHOUARD Cl.	O.R.L.
CLOAREC M.	Médecine
Mme COMBRISSE A.	Immunologie
MM. CONTAMIN Fr.	Médecine
COSCAS G.	Ophtalmologie
DAUTRY P.	Chirurgie
DELIGNE P.	Anesthésiologie
DOYON D.	Radiologie
DRY J.	Médecine
FOUET P.	Thérapeutique
GAUTIER H.	Physiologie
GRUNER	Chirurgie infantile
GUILMET Cl.	Anesthésiologie
GUIRAUDON G.	Anatomie
HERMAN D.	Médecine
HUGUET Cl.	Chirurgie
HUGUIER M.	Chirurgie
JACQUILLAT Cl.	Hématologie
LASFARGUES G.	Pédiatrie
LEVY V.G.	Médecine
MALAFOSSE M.	Chirurgie
MENSCH B.	Biophysique
MERY J.Ph.	Néphrologie
Mme MIGNON Fr.	Néphrologie

MM. OPOLON J.P.	Médecine
PAQUELIN	O.R.L.
PIERON R.	Médecine
PISSARO E.	Médecine Préventive
POULET J.	Médecine
RAMPINI Cl.	Biochimie
RICHARDET J.M.	Pédiatrie
ROLAND J.	Anatomie pathologique
SALAT J.	Obstétrique
SALMON Ch.	Hématologie
SANTARELLI J.	Obstétrique
WARGON S.	Médecine expérimentale
WEINMANN S.	Biochimie

Enseignant Associé :

Maître de Conférences Associé :

M. ELIAKIS Em.	Médecine Légale
----------------	-----------------

Enseignant Contractuel :

M. KIRSCH F.	Physiologie Biochimique
--------------	-------------------------

A MES PARENTS

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A

Monsieur le Professeur R. MERGER
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

qui nous fait l'honneur
de présider cette thèse.

- G -

A

Monsieur le Professeur J. LEVY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a accueillie dans son service
et incitée à entreprendre ce travail,
en témoignage de reconnaissance et de
respectueuse affection.

A

Monsieur le Docteur J. MELCHIOR
Gynécologue accoucheur du C.M.C. Foch,

en remerciement de son enseignement
et de l'aide qu'il nous a apportée
en nous guidant pendant ce travail.

A

Monsieur le Docteur P.A. CHADEYRON
Assistant des hôpitaux de Paris,

en remerciement de son enseignement
et de ses conseils.

A

Monsieur le Professeur P. MORIN

et à

Monsieur le Professeur J. BARRIER,

qui nous ont encouragée et ont éveillé
en nous le goût pour l'obstétrique.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES :

Monsieur le Professeur Léger
Monsieur le Professeur Lenègre
Monsieur le Professeur Rodon
Monsieur le Professeur Hamburger
Monsieur le Professeur Lamy.

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur Maspétiol
Monsieur le Docteur Calvet
Monsieur le Professeur Couvelaire
Monsieur le Professeur Bernier
Monsieur le Professeur Mollaret
Monsieur le Professeur Chiche
Monsieur le Professeur Weill.

INTERNAT :

Monsieur le Professeur F. Besançon
Monsieur le Professeur Albeaux-Fernet
Monsieur le Docteur Vignalou
Monsieur le Professeur Morin
Monsieur le Professeur Lévy.

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE DE LA FEMME AGEЕ

PLAN DE L'ETUDE

I - INTERET DE L'ETUDE.

II - DEFINITIONS ET LIMITES DE L'ETUDE.

III - CONSIDERATIONS GENERALES SUR CE TYPE DE CHIRURGIE.

A - Rappel de physiologie

B - La fonction sexuelle de la femme âgée

C - Préparation des malades à la chirurgie

D - Anesthésie

E - Soins post opératoires et complications.

IV - ETUDE DES CAS LES PLUS FREQUENTS.

A - La chirurgie du prolapsus

1) Particularités du prolapsus chez la femme âgée

2) Les principales interventions et leurs indications

3) Résultats de ces interventions.

B - La chirurgie des tumeurs.

1) Tumeurs malignes

- le cancer du corps de l'utérus

- le cancer du col de l'utérus

- le cancer de l'ovaire.

2) Tumeurs bénignes : kystes et fibromes.

3) Tumeurs de la vulve.

4) Tumeurs mammaires.

C - L'âge des opérées, la mortalité.

V - CONCLUSIONS.

I

INTRODUCTION

INTERET DE L'ETUDE

- L'évolution de la longévité amène à opérer un nombre de plus en plus grand de personnes âgées. Pour donner une idée de ce problème, il suffit d'examiner les pourcentages d'individus atteignant 60 ans au cours de ces dernières décennies. Pour la France, ces chiffres sont les suivants :

10 % en 1851

16 % en 1947

18 % en 1971

et, pour 1980, l'estimation est d'environ 20% .

Par conséquent, le nombre de femmes âgées susceptibles de consulter un gynécologue et d'être éventuellement opérées augmente rapidement.

- Il faut néanmoins remarquer que ce sont surtout les progrès de l'anesthésie et de la réanimation qui élargissent de façon importante les possibilités de la chirurgie en rendant les interventions moins dangereuses.

Soulignons aussi les exigences très spéciales de la géronto-chirurgie qui demande une tactique opératoire particulière.

Nous étudierons les interventions gynécologiques chez les femmes âgées, pratiquées dans le service depuis 20 ans, leurs types et leurs indications.

II

LIMITES DE L'ETUDE

L'âge de 65 ans semble pouvoir représenter la limite inférieure à partir de laquelle le problème peut être envisagé, ceci en raison des données statistiques les plus communément admises actuellement.

Cette limite est en fait un peu arbitraire. Il faut, en effet, remarquer que l'âge d'"état civil" ne coïncide pas nécessairement avec l'âge physiologique, et c'est surtout celui-ci qui compte.

Ainsi, le nombre des femmes de plus de 65 ans qui n'entrent pas dans le cadre de la chirurgie gériatrique s'accroît, si bien que cette limite de 65 ans, encore valable aujourd'hui, sera sûrement plus élevée dans les années à venir.

III

CONSIDERATIONS GENERALES SUR CE TYPE DE CHIRURGIE

A - RAPPEL DE PHYSIOLOGIE

Le vieillissement de l'individu se manifeste par des phénomènes de sénescence au niveau de toutes les principales fonctions physiologiques ; ils se traduisent par une altération de ces fonctions. Cette atteinte, plus ou moins importante selon les organes, conditionne en grande partie les possibilités opératoires et les précautions à prendre pour rendre l'intervention possible avec un minimum de risques.

Nous étudierons tout particulièrement les modifications des principaux appareils susceptibles d'influencer la chirurgie gynécologique.

1) L'appareil cardio-vasculaire

Les modifications qui peuvent être observées sont parmi les plus importantes à prendre en considération lors d'une intervention.

Le coeur :

La plupart des coeurs séniles présentent des signes d'insuffisance cardiaque relative qui se manifestent par une mauvaise adaptation à l'effort et une susceptibilité très grande au manque d'oxygène.

Après une agression, quelle qu'elle soit, l'équilibre hémodynamique est lent à se rétablir.

Le système artériel

Même en dehors d'une atteinte artério-scléreuse grave, il existe toujours des modifications caractérisées par :

- une atrophie relative de la tunique musculaire,
- une prolifération des tissus élastiques qui subissent une transformation hyaline et une infiltration par des sels calcaires.

Quant aux lésions athéromateuses vraies, elles ont une importance toute particulière lorsqu'elles siègent sur les coronaires. De même, des accidents vasculaires cérébraux, qu'ils aient ou non laissé des séquelles, sont une contre-indication relative à la chirurgie.

Le système veineux

L'état veineux est modifié : les veines sont dures et rigides, leur lumière est soit augmentée, soit diminuée, leur tunique vasculaire est souvent fragile.

Le système capillaire

Son importance est diminuée, le courant sanguin y est ralenti.

Ces altérations de l'appareil cardio-vasculaire ont les conséquences suivantes :

- Elévation de la pression artérielle portant essentiellement sur la maxima, la minima variant par contre peu.
- Diminution progressive de la pression veineuse avec l'âge.
- Diminution du volume sanguin circulant, avec diminution de la vitesse circulatoire.

Les conditions hémodynamiques de la femme âgée sont donc constamment perturbées, la sécurité qu'elles offrent est amoindrie. On devra tout particulièrement tenir compte de ce fait lors de tout apport médicamenteux, en particulier lors de la réanimation.

Enfin, au niveau des capillaires, la circulation sanguine est lente et irrégulière. Cela entraîne une mauvaise diffusion de l'oxygène, donc une hypoxie.

Ce phénomène est toujours observé chez le vieillard, en particulier dès qu'il y a une augmentation des dépenses d'énergie.

2) L'appareil respiratoire

Il est toujours modifié chez la femme âgée. Plusieurs phénomènes s'ajoutent pour en modifier les fonctions.

- L'élasticité de la cage thoracique et du parenchyme pulmonaire est diminuée.
- La surface d'échange entre les alvéoles et les capillaires pulmonaires est diminuée.

La fonction respiratoire est donc diminuée, ceci étant partiellement compensé par une accélération du rythme respiratoire. Dans ces conditions, l'adaptation à l'effort est très précaire ; les conditions d'une bonne oxygénation tissulaire sont très mal remplies.

3) La fonction rénale

La fonction rénale est souvent perturbée. Avant d'en ébranler l'équilibre par une intervention chirurgicale, il convient de connaître la valeur fonctionnelle exacte du rein.

La diurèse de la femme âgée est presque toujours normale ; néanmoins, il faut faire un bilan des fonctions globales du rein en procédant aux examens suivants :

- dosage de l'urée sanguine,
- recherche de protéinurie,
- numération des éléments figurés.

Il sera parfois nécessaire de compléter ce bilan par des explorations plus complètes des fonctions glomérulaires ou tubulaires.

4) La peau

Elle est souvent mince, ridée, sèche. Parfois, elle est parcheminée et scléreuse ou, au contraire, molle et tuméfiée. De toute façon, elle a toujours perdu son élasticité. Enfin le pannicule adipeux est raréfié. Ces modifications entraînent les conséquences suivantes :

- lenteur de la cicatrisation cutanée,
- les injections médicamenteuses sous-cutanées diffusent médiocrement,
- la peau est très vulnérable aux points de frottement et donc très propice à l'apparition d'escarres.

5) En conclusion

L'atteinte plus ou moins importante des principales fonctions de l'organisme se traduit également dans l'exploration des divers métabolismes.

a) Métabolisme des protides.

L'assimilation des protides est défectueuse, l'élimination uréique est d'ailleurs diminuée.

Ainsi, le dosage des protides plasmatiques renseigne sur l'état de la nutrition et surtout sur les possibilités de cicatrisation lors d'une intervention chirurgicale.

b) Métabolisme des glucides.

L'oxydation du glucose par la cellule est diminuée, ce qui se traduit par une fatigue musculaire et une hypothermie relative.

c) Métabolisme des lipides.

Il est également bouleversé. Le dosage du cholestérol sanguin, en général très élevé, en donne une bonne estimation.

Soulignons la gravité de l'obésité chez la femme âgée. Elle accroît considérablement les risques chirurgicaux car :

- elle entraîne une surcharge cardiaque et circulatoire,
- elle facilite les complications respiratoires,
- elle empêche une bonne cicatrisation de la plaie,
- elle modifie la diffusion et l'imprégnation des substances médicamenteuses, ce qui complique, en particulier, les anesthésies.

d) Dernier point à souligner :

Les capacités immunologiques de défense contre l'infection ne semblent pas modifiées.

B -- LA FONCTION SEXUELLE DE LA FEMME AGÉE

Malgré la disparition de la fonction de reproduction, il persiste une certaine fonction sexuelle, caractérisée par l'involution de la fonction endocrine de l'ovaire et tout particulièrement de la sécrétion des oestrogènes. Cet effet se traduit à tous les échelons du tractus génital par une atrophie.

Ainsi, l'on va constater

Sur la vulve :

- un effacement plus ou moins complet des petites lèvres,
- l'atrésie de l'orifice vulvaire surtout chez les nullipares,
- l'apparition d'un ectropion sur la muqueuse urétrale ayant parfois un aspect pseudo-polypoïde.

Sur le vagin :

- une muqueuse sèche, fragile, manquant de souplesse,
- un fond du vagin qui tend à se rétrécir,
- des frottis composés en majorité de cellules petites, rondes, basales ou para basales. On ne retrouve plus les grandes cellules superficielles polyédriques de la période d'activité génitale.

Sur le col utérin :

- une muqueuse de l'exocol qui subit les mêmes modifications que celle du vagin,
- une muqueuse de l'endocol qui régresse lentement,
- des glandes cervicales qui ne sécrètent plus de mucus,
- un fait important : la jonction entre les deux épithéliums malphigien et cylindrique subit une ascension. Ceci a pour conséquence de rendre cette zone invisible ; elle est cependant souvent le point de départ d'une lésion maligne.

Sur l'utérus :

- une diminution du volume de l'utérus,
- une involution habituelle des myomes ; ceux-ci, dans tous les cas, ne subissent plus de poussées évolutives et leurs manifestations fonctionnelles disparaissent,

- une régression de l'endomètre dont l'involution est encore beaucoup plus grande que celle de l'épithélium cervical.

Sur les trompes :

- une quasi disparition de toute pathologie infectieuse ; en principe la survenue d'une annexite doit faire évoquer une lésion maligne de l'utérus.

Sur les seins :

- une disparition des lésions dystrophiques ; l'apparition d'un nodule chez une femme âgée est un cancer (la mammographie et l'examen histologique extemporané viendront toujours le confirmer).

En conclusion, après cette étude sommaire, on peut déduire que la pathologie gynécologique de la femme âgée est :

- soit d'origine néoplasique,
 - soit la conséquence de l'atrophie des muqueuses.
-

C - PREPARATION DES MALADES A LA CHIRURGIE

La femme âgée qui doit subir une intervention chirurgicale peut avoir un déficit organique lié ou non à l'affection qui justifie le geste opératoire. Il importe donc d'évaluer les éventuelles défaillances de la future opérée afin de les pallier par une thérapeutique appropriée.

1) Médications

Les principales modifications de la physiologie que nous avons étudiées précédemment doivent être présentes à l'esprit lors des traitements.

La diffusion et l'élimination des médicaments sont retardées en raison des modifications de l'état vasculaire et du milieu intercellulaire ; il faut donc être très prudent lors de l'administration des médicaments.

- Les antibiotiques ont la même efficacité que chez le sujet adulte mais il faudra se méfier tout particulièrement de ceux qui sont les plus toxiques ; ainsi, il vaut mieux ne pas utiliser de sulfamides.

- Les transfusions sanguines, les perfusions doivent être administrées très lentement en raison de la mauvaise adaptation des vaisseaux au volume de liquide circulant de façon à éviter toute surcharge liquidienne.

- Les toxiques, en particulier les sédatifs et les opiacés doivent être prescrits avec prudence et à dose fractionnée. Il faut choisir ceux qui dépriment le moins les fonctions cardiaques et respiratoires.

Une mauvaise nutrition peut nécessiter un apport de protéines. L'alimentation préopératoire, complétée si besoin par des perfusions de protéines, cherche à réparer et à accroître le stock protéique de façon à rééquilibrer l'état biologique et à faciliter la cicatrisation.

2) Hygiène

Les mesures d'hygiène préopératoires sont importantes à considérer. Il faut insister sur l'importance des soins corporels pour prévenir l'apparition des escarres et d'infection cutanée.

Pour la chirurgie réparatrice du périnée, il faut faire une préparation vaginale soigneuse par une bonne désinfection locale, il faut s'assurer de la cicatrisation des lésions.

3) Psychologie

Dernier élément et non le moindre : il faut souligner l'importance de la préparation psychologique.

A la veille d'une intervention chirurgicale, le vieillard est souvent anxieux, partagé par la peur de souffrir, la crainte de ne pas se réveiller, d'être éloigné longtemps de son milieu familial. A cette angoisse s'ajoutent souvent un sentiment de dépaysement, de solitude et d'inconnu. Le médecin doit s'efforcer de pallier ces craintes en expliquant, en établissant un climat de confiance bénéfique.

En conclusion, le bilan préopératoire systématique d'une femme âgée doit toujours être plus étendu que celui demandé pour des adultes devant subir la même intervention.

Il comprend toujours :

- un électrocardiogramme,
- une radiographie pulmonaire,
- un dosage de l'urée sanguine,
- un dosage de la glycémie,
- un dosage des protides sanguins,
- une recherche de protéinurie et de glycosurie,
- une numération (formule sanguine),
- une exploration de la crase sanguine.

D - ANESTHESIE

Il ne s'agit pas d'ouvrir ici un chapitre sur l'anesthésie chez le vieillard mais de rappeler brièvement quelques-unes de ses particularités pour la série de femmes opérées dans le service.

Comme nous l'avons déjà vu lors du rappel physiologique, la marge de sécurité chez les personnes âgées est plus étroite que chez les adultes. En effet, elles sont plus sensibles à l'anoxie, aux hémorragies et aux surdosages. Rappelons enfin l'importance des déficiences à cette période de la vie.

Les anesthésiques devront donc être administrés avec prudence : c'est dire tout *"le rôle de l'anesthésiste dont les qualités, le jugement, l'expérience et l'habileté sont plus importants que la nature de l'anesthésie employée"* (A. MOUCHET).

En général, il faut utiliser des doses réduites de produits. En particulier, il vaut mieux éviter d'employer des drogues dépressives et, sinon, il faut en contrôler l'emploi de façon permanente.

Pour résumer, l'anesthésie chez les personnes âgées peut être classée en deux catégories selon l'âge des patientes :

1°) La première catégorie rassemble les femmes dont l'âge est compris entre 65 et 70 ans. Là, il n'y a aucune particularité ; l'anesthésie et la réanimation post-opératoire seront menées comme chez l'adulte.

2°) La seconde catégorie rassemble les femmes dont l'âge est supérieur à 70 ans. Celle-ci est véritablement spécifique du vieillard ; par conséquent, c'est là qu'il faudra prendre les précautions suivantes :

- la prémédication sera légère, faite d'une injection intraveineuse de 1/4 mg d'atropine associée parfois à un sédatif léger type valium ou à un barbiturique. Il faut éviter bien sûr l'emploi des opiacés dont nous avons vu l'action très dépressive à cet âge.

- quant à l'anesthésie proprement dite, elle sera menée de la façon suivante (protocole habituel employé par les anesthésistes du C.M.C. Foch) :

- a) dans les interventions par voie basse, l'induction est obtenue par une injection I.V. de penthotal, l'anesthésie est ensuite continuée par inhalation de protoxyde d'azote ou de fluothane et d'oxygène.

b) dans les interventions par voie haute, l'induction est obtenue également par une injection de penthotal complétée par une injection de curare à action rapide (en général la succinyl choline), celle-ci permettant l'intubation trachéale (cette intubation est pratiquement toujours réalisée). La suite de l'anesthésie comprend l'inhalation de protoxyde d'azote et d'oxygène, une curarisation à la demande avec la D tubo curarine et, bien entendu, une ventilation artificielle dans ce cas (soit manuelle au ballon, soit en utilisant un appareil du type Burd).

- Dans tous les cas, la réanimation per opératoire cherche à compenser strictement les pertes liquidiennes, en particulier les pertes sanguines. Rappelons que l'on doit éviter toute déshydratation et toute surhydratation.

- Les soins post opératoires immédiats ne sont que le prolongement de la surveillance per opératoire. Pendant cette période, il faut veiller à assurer une forte ventilation de façon à assurer une bonne oxygénation avant le transport en salle de réveil. Cette oxygénation, de même qu'une perfusion, devront être poursuivies jusqu'au réveil complet.

S'il en est besoin à ce stade, on donnera des analgésiques mineurs tels que l'aspirine en évitant le plus possible les opiacés.

Rappelons toutefois qu'avant 70 ans, on peut cependant donner des calmants de la série des opiacés ou du type Fortal (l'association de ces deux drogues est à proscrire, l'une étant l'antidote de l'autre).

E - SOINS POST OPERATOIRES ET COMPLICATIONS

Les suites opératoires de la femme âgée doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Elles dépendent de la qualité des soins reçus, elles conditionnent le succès de l'intervention tant sur le plan local que sur le plan général.

Il faut encore insister sur l'importance, dans le succès thérapeutique, du climat psychologique dont sera entouré l'opérée.

Deux points sont à surveiller tout particulièrement :

- l'équilibre humoral,
- la cicatrisation des plaies.

1) A quelques détails près, les suites opératoires générales sont comparables chez la femme âgée et chez l'adulte :

- Le retour à la conscience après l'anesthésie doit être aussi précoce que possible et il faut rappeler l'importance d'une bonne oxygénation pendant cette période.

- La lutte contre les complications pulmonaires, thrombo emboliques, infectieuses, doit être encore plus minutieuse que chez l'adulte bien que les gestes thérapeutiques soient les mêmes.

- L'emploi des drogues calmantes sera l'objet d'une sélection soigneuse et, à cette phase, on continuera à préférer les sédatifs mineurs aux opiacés.

- Dans cette chirurgie et chez ces malades, il est très important d'avoir une reprise rapide des mictions et du transit intestinal.

- L'alimentation sera reprise aussi rapidement qu'il est possible : tout d'abord liquide permettant une réhydratation par voie orale toujours préférable aux perfusions, puis adaptée à la phase catabolique post opératoire plus longue chez le vieillard que chez l'adulte.

- Les soins locaux doivent être assurés avec rigueur afin d'éviter l'apparition d'escarres.

- Quant au lever, il sera précoce (dès le lendemain de l'intervention) : d'abord, position assise au réveil, ensuite marche effective aussi rapidement

que possible. Ceci permet dans une très large mesure d'éviter les complications respiratoires et thrombo emboliques ainsi que l'apparition des escarres. Dans les cas où ce lever est impossible, il est recommandé d'utiliser des matelas de type "alternating".

La fréquence des complications dépend de la qualité de ces soins post opératoires. Si ceux-ci sont corrects, il semble que les complications ne soient guère plus fréquentes qu'après les interventions gynécologiques sur l'adulte.

Enfin, un traitement antibiotique systématique post opératoire pendant une durée de cinq jours est souhaitable ; la fréquence des complications infectieuses s'en trouve diminuée. 95 % des opérées du service ont reçu une association d'antibiotiques, le plus souvent : pénicilline (2 millions d'unités) plus streptomycine (1 gramme).

Il est néanmoins possible d'observer une hyperthermie transitoire chez environ 30 % des opérées : fièvre à 38° pendant 48 heures. L'origine de cette fièvre n'est pas très claire, peut-être provient-elle d'une relative déshydratation post opératoire. Elle n'a aucune signification pathologique sauf si elle persiste après le retour d'un transit intestinal normal ou si elle se rallume après le retour à une température normale.

- 18 opérées seulement ont fait des complications thrombo emboliques :
- 6 ont fait une complication grave (embolie pulmonaire) ; sur ces 6 cas, il n'y a eu que 2 décès.
- 12 ont fait une phlébite cliniquement apparente.

Le traitement anticoagulant n'est pas systématique à cet âge ; néanmoins 78 opérées au total ont reçu des anticoagulants :

- 46, soit 18 %, avaient moins de 70 ans,
- 32, soit 14 %, avaient plus de 70 ans.

2) Complications locales post opératoires

Elles sont identiques à celles que l'on observe chez l'adulte et elles ne sont pas plus fréquentes.

Pour les interventions par voie abdominale, il n'a été observé que 3 sup-
purations de paroi (soit 2,2 % du total de ce type d'intervention) et une
seule désunion de cicatrice ayant nécessité une reprise de la paroi. Même
dans le cas des carcinoses péritonéales importantes s'accompagnant d'une hy-
poprotidémie sévère, il n'y a pas eu d'éviscération secondaire.

Pour les interventions par voie basse, il n'y a jamais eu de trouble de
la cicatrisation. Parfois, il existe des hématomes au niveau des zones décol-
lées. Ceux-ci se traduisent par des ecchymoses plus ou moins étendues de la
région périnéale. Ils sont souvent la cause d'une fébricule observée dans les
suites opératoires. L'évolution en est toujours bénigne ; ils régressent spon-
tanément sans réclamer de soins particuliers. Ils peuvent soit se résorber,
soit s'évacuer spontanément. De toute façon, ils ne compromettent en rien le
succès de l'intervention.

IV

ETUDE DES CAS LES PLUS FREQUENTS

Nous allons maintenant aborder les particularités de la chirurgie chez les femmes âgées en fonction des maladies et du type d'intervention que l'on se propose de faire.

Cette pathologie chirurgicale se résume à deux grandes catégories d'affections :

- *les affections d'origine tumorale,*
- *les affections qui sont la conséquence de l'atrophie de l'appareil génital, celle-ci débutant après la ménopause.*

Ces deux groupes sont très différents ; en effet, dans le premier cas, la décision chirurgicale est quasi absolue, la vie de la femme étant en jeu. Dans le deuxième cas, au contraire, l'intervention cherche seulement à corriger un état fonctionnel plus ou moins déficient ; on peut donc se demander s'il est licite de faire courir un risque opératoire dans ce cas. Actuellement, ce risque opératoire est mineur et la décision opératoire peut être prise sans faire courir de risque important.

Nous étudierons les interventions pratiquées dans le service depuis 20 ans, c'est-à-dire de 1949 à 1970. Nous bornerons l'étude aux interventions gynécologiques majeures ; nous excluons donc les examens effectués sous anesthésie générale, les curetages biopsiques, les ablations de polypes, etc... Sur 11,300 interventions gynécologiques pratiquées dans le service pendant cette période, 5,5 % concernent des femmes de plus de 65 ans. Si l'on ne retient que les interventions gynécologiques majeures, environ 500 - c'est-à-dire 4 % du total - concernent des femmes de plus de 65 ans.

Nous envisagerons successivement :

- la chirurgie du prolapsus,
- la chirurgie des tumeurs,
- l'âge des opérées, la mortalité de cette chirurgie.

A - LA CHIRURGIE DU PROLAPSUS

Les idées en matière de traitement des prolapsus ont beaucoup évolué.

D'abord, on s'est contenté de la simple taille d'un lambeau vaginal antérieur losangique associé à une myorrhaphie postérieure (technique très fertile en échecs), puis on a fait un cloisonnement du vagin suivant la technique de Lefort (1880).

A ces procédés a fait suite la triple opération ou méthode française. Celle-ci ajoutait à la voie périnéo-vaginale une fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Cette fixation comporte de nombreux inconvénients parmi lesquels il faut faire une place particulière aux troubles urinaires, à l'élytrocèle, à l'allongement du col.

Actuellement, il semble donc que la voie périnéo-vaginale presque exclusive donne les meilleurs résultats. Sa technique a été perfectionnée et elle a l'avantage d'écourter le temps de l'intervention et de réduire le choc opératoire.

Avant d'envisager les techniques opératoires et leurs indications chez la femme âgée, il convient de faire un rappel sur les particularités du prolapsus.

1) Particularités du prolapsus chez la femme âgée

Le classement anatomo-clinique repose sur l'étude des différents éléments du prolapsus et sur l'appréciation de leur importance :

- à l'étage antérieur vésical,
- à l'étage moyen utérin (corporéal et cervical),
- à l'étage postérieur rectal et périnéal,
- et sur leur association éventuelle à des troubles urinaires fonctionnels, en particulier l'incontinence d'urines.

Chez la femme âgée, les faits qui dominent sont :

- l'importance du degré de prolapsus qui porte bien souvent sur l'ensemble des éléments,
- la fréquence du prolapsus utérin vrai, c'est-à-dire de la chute du corps utérin entraîné par la descente des voies génitales basses et qui demande une thérapeutique adéquate,
- l'allongement du col existe souvent ; il s'agit d'une trachéloptose atrophique isolée ou associée au prolapsus utérin,
- un cas particulier peut être observé : c'est l'allongement isolé du col après pexie de l'utérus à la paroi abdominale ; ce cas a été observé plusieurs fois parmi les observations étudiées, il mérite un traitement spécifique.
- enfin, rappelons que, si la fonction reproductrice n'intervient plus, la fonction sexuelle doit parfois être préservée.

Avant d'envisager les principaux types d'interventions que l'on peut pratiquer chez la femme âgée, il nous faut rappeler les critères de sélection des femmes qui doivent être opérées.

Compte tenu du nombre restreint des accidents, on peut opérer la plupart des femmes quel que soit leur âge. Seuls, quelques cas rares (tares organiques très graves, cardiaques, vasculaires ou rénales) sont une contre-indication à cette chirurgie plastique ; dans ces cas, on utilise soit un pessaire, soit une prothèse en forme de balle.

Pour des tares moins graves, l'attitude est la suivante :

- le diabète, s'il est bien équilibré par un traitement pré et surtout post opératoire, ne constitue pas une contre-indication absolue,
- il en est de même pour l'hypertension artérielle, à condition qu'elle soit bien compensée et qu'il n'existe pas de lésions rénales concomitantes,

- le mauvais état du système veineux des membres inférieurs impose des mesures préventives, essentiellement le lever précoce et, éventuellement, les anticoagulants pour éviter les accidents thrombo-emboliques.

2) Les principales interventions et leurs indications

Il est impossible d'étudier les principales techniques opératoires sans les rapporter à leurs principales indications. En effet, si la cure chirurgicale du prolapsus est la règle, elle doit obéir à plusieurs conditions :

- nécessité d'une réparation anatomique,
- conservation de la fonction sexuelle.

a) Lorsque la fonction sexuelle n'entre plus en considération, deux interventions sont possibles :

- le cloisonnement du vagin selon la technique de Lefort,
- la colpohystérectomie.

L'avantage du cloisonnement du vagin est d'être une intervention simple et peu choquante, mais cette intervention a pour inconvénient de laisser en place un utérus échappant à la surveillance ; en effet, la rétention et la contention de l'utérus sont réalisées par l'adossement de la vessie et du rectum après la taille de deux lambeaux vaginaux, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Cette intervention a été pratiquée 23 fois sur 285 prolapsus opérés, soit :

- de 1949 à 1959 : 19 fois sur 90,
- depuis 1960 : 4 fois sur 195.

La colpohystérectomie est toujours associée à un temps postérieur avec colpectomie importante et suture large des releveurs.

Cette intervention a été pratiquée 78 fois sur 285 prolapsus opérés, soit :

- de 1949 à 1959 : 14 fois sur 90,
- depuis 1960 : 64 fois sur 195.

Si l'on se rapporte aux tableaux I et II, on constate que 15% des femmes ont subi une intervention de type Lefort de 1949 à 1959 alors que seulement 3% l'ont subie de 1960 à 1970. Au contraire, les interventions du type colpohystérectomie ont vu leurs indications s'élargir : elles sont passées de 25% (période 1949-1959) à 42% (période 1960-1970).



Tableau I

INTERVENTIONS NE CONSERVANT PAS LA FONCTION SEXUELLE
(1949 à 1959)

Années	Total des prolapsus opérés	Lefort	Interventions de type colpohystérectomie			Interventions ne conservant pas la fonction sexuelle
			Colpohyst. vraie	Rouhier	Hystérect. vaginale	
1949 et 1950	4	3				3
1951	1	1				1
1952	7	3				3
1953	3	2				2
1954	5			2		2
1955	14	3	2			5
1956	13	2		3	2	7
1957	14		5			5
1958	12		4			4
1959	15		3		2	5
TOTAUX	90	14	14	5	4	37
			23			
%	100 %	15,5 %	15,5 %	5,5 %	4,5 %	41 %
			25,5 %			

Tableau II

INTERVENTIONS NE CONSERVANT PAS LA FONCTION SEXUELLE
(1960 à 1970)

Années	Total des prolapsus opérés	Lefort	Interventions de type colpohystérectomie			Interventions ne conservant pas la fonction sexuelle
			Colpohyst. vraie	Rouhier	Hystérect. vaginale	
1960	21	1	4	1	2	8
1961	13	1	4		1	6
1962	12	1	3			4
1963	20		10		1	11
1964	19		5		1	6
1965	14		6			6
1966	17	1	3		2	6
1967	23	1	7		8	16
1968	22		8			8
1969	23		11		1	12
1970	12		3		1	4
TOTAUX	195	5	64	1	17	87
			82			
%	100 %	2,5 %	33%	0,5%	8,5 %	44,5 %
			42 %			

b) Si l'on désire conserver la fonction sexuelle, plusieurs techniques sont possibles selon la variété du prolapsus à opérer :

a) S'il n'existe qu'une colpocystocèle, associée ou non à une colpocèle postérieure ou à une rectocèle, on peut se contenter d'une simple colpopérinéorrhaphie antérieure (avec ou sans dissection du fascia de Halban) plus une colpomyorrhaphie postérieure modérée.

Quant à l'amputation du col, elle n'est pas logique lorsque celui-ci reste en place et ne s'abaisse pas après traction par une pince de Pozzi. De plus, elle est techniquement difficile et, si une trachéloptose apparaissait secondairement, il serait facile de pratiquer une amputation isolée ultérieure.

β) Lorsqu'il existe des signes cliniques ou radiologiques de trachéloptose associée aux autres éléments du prolapsus, c'est à l'intervention dérivée de l'opération de Manchester qu'il faut recourir, quel que soit l'âge de la femme.

Cette intervention, que nous appelons "intervention-type" dans le service (ou triple opération par voie basse), consiste en :

- une colpopérinéorrhaphie antérieure (avec ou sans dissection du fascia de Halban,
- une amputation sus vaginale du col avec mise en tension des ligaments utéro-sacrés et de Mackenrodt complétée par une plastie vaginale à la Sturmdorf sur le moignon isthmique,
- une colpomyorrhaphie postérieure.

Les tableaux III et IV montrent comment ont évolué les indications des deux premiers types d'interventions que nous venons de décrire :

- de 1949 à 1959, 28 % des prolapsus opérés ont subi une colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure alors que 7 % seulement ont subi une intervention de type Manchester,
- de 1960 à 1970, les proportions deviennent respectivement 9 % et 20 %, on voit que les indications de l'intervention de type Manchester ont été élargies.

γ) Une dernière intervention peut encore être proposée : l'interposition de l'utérus entre la vessie et le vagin, lorsqu'elle est possible, est une bonne opération (intervention de Wertheim Schauta). S'il existe une cystocèle importante ou une incontinence d'urines, elle a l'avantage de pouvoir être associée à une amputation du col.

Tableau III

INTERVENTIONS CONSERVANT LA FONCTION SEXUELLE

(1949 à 1959)

Années	Total des prolapsus opérés	Périnées antérieurs et postérieurs	Manchester	Wertheim Schauta	Interventions conservant la fonction sexuelle
1949 et 1950	4				
1951	1				
1952	7	4			4
1953	3				
1954	5	2			2
1955	14	4			4
1956	13	5			5
1957	14	5	1	1	7
1958	12	3	1		4
1959	15	2	4		6
TOTAUX	90	25	6	1	32
%	100 %	28 %	7 %	1 %	36 %

Tableau IV

INTERVENTIONS CONSERVANT LA FONCTION SEXUELLE
(1960 à 1970)

Années	Total des prolapsus opérés	Périnéés antérieurs et postérieurs	Manchester	Wertheim Schauta	Interventions conservant la fonction sexuelle
1960	21	2	5		7
1961	13		2	1	3
1962	12	3	4	1	8
1963	20	2	1		3
1964	19	1	6	1	8
1965	14	1	1		2
1966	17	3	3		6
1967	23	1	2		3
1968	22	1	6		7
1969	23	2	6		8
1970	12	3	3	2	8
TOTAUX	195	18	39	5	63
%	100 %	9,5 %	20 %	2,5 %	32 %

c) Il reste maintenant un certain nombre de cas particuliers qui doivent être étudiés séparément avec les indications opératoires qui leur sont propres.

Le prolapsus après hystérectomie subtotale relève de l'opération de Lickel (ablation du col restant par voie vaginale et amarrage en X des ligaments cervicaux et utéro-sacrés au surtout sous symphysaire).. Cette ablation est associée ou non à une colpopérinéorraphie postérieure, selon les circonstances. Cette intervention représente 6 % des prolapsus opérés dans le service.

La rectocèle isolée est traitée par colpopérinéorraphie postérieure avec ou sans bourse sur le rectum. Cette intervention représente 12 % des prolapsus opérés dans le service, c'est donc là une éventualité assez fréquente.

Une trachéloptose isolée est traitée par une simple amputation du col. Le plus souvent, il s'agit en fait d'une trachéloptose secondaire, une première intervention ayant méconnu l'allongement du col. Cette intervention représente 6 % des prolapsus opérés dans le service.

Un prolapsus utérin isolé chez une femme (souvent nullipare) ayant un vagin très atrésique, pour laquelle une intervention par voie basse serait très difficile, est une indication à une fixation de l'utérus à la paroi abdominale; le geste chirurgical est très facile. Cette éventualité est tout de même très exceptionnelle : cette intervention n'a été pratiquée que 4 fois en 20 ans, elle ne représente qu'environ 1 % des prolapsus opérés.

Lorsqu'il existe une élytrocèle, associée ou non à un prolapsus, celle-ci doit être traitée par un temps opératoire propre qui consiste en la dissection puis en la résection du sac de l'élytrocèle, ceci par voie basse ; si une pexie utérine antérieure existe, il n'est pas nécessaire d'intervenir par voie abdominale pour libérer l'utérus.

L'incontinence d'urines peut être associée ou non au prolapsus ; peu d'incontinences d'urines ont été opérées dans le service au-delà de 65 ans.

Lorsqu'elle est isolée, la préférence est donnée à la simple suture des faisceaux antérieurs des releveurs sous l'urèthre par des fils non résorbables.

Lorsqu'elle est associée à un prolapsus, on peut également utiliser ce procédé. Cette intervention simple donne 9 fois sur 10 de bons résultats. Ce

n'est que lorsqu'il y a un échec que l'on peut envisager des interventions plus compliquées : cervicocystopexie selon la technique de Perrin ou de Marshall-Marchetti, ou bien fronde sous-urétrale selon la technique de Goebel-Stöckel.

Enfin, lorsque l'on veut conserver une perméabilité vaginale et que l'hystérectomie est nécessaire en raison des lésions utérines associées ou parce que l'utérus est extériorisé, c'est à l'hystérectomie vaginale simple qu'il faut recourir.



Tableau V

INTERVENTIONS PARTICULIERES

(1949 à 1959)

Années	Total des prolapsus opérés	Périnées postérieures	Amputations du col	Hystéropexies	Elytrocéles	Incontinence d'urine isolée	Incontinence d'urine associée	Bickel	Total des interventions particulières
1949 et 1950	4	1							1
1951	1								0
1952	7						2		2
1953	3	1							1
1954	5	1							1
1955	14	2		3		1			6
1956	13				1				1
1957	14	1			1				2
1958	12		3		1		1		5
1959	15				3	1		1	5
TOTAUX	90	6	3	3	6	2	3	1	24
%	100 %	7 %	3 %	3 %	7 %	2 %	3 %	1 %	26 %

Tableau VI

INTERVENTIONS PARTICULIERES

(1960 à 1970)

Années	Total des prolapsus opérés	Périnées postérieurs	Amputation du col	Hystéropexies	Elytrocèles	Incontinence d'urine isolée	Incontinence d'urine associée	Bickel	Total des interventions particulières
1960	21	5			1		2		8
1961	13	2					1	2	5
1962	12						1		1
1963	20	1	3		1			1	6
1964	19	1	4				1	1	7
1965	14			1	1			4	6
1966	17	3			1			1	5
1967	23	1	1		1			1	4
1968	22	5	1			1		1	8
1969	23	3					1		4
1970	12								0
TOTAUX	195	21	9	1	5	1	6	11	54
%	100 %	11 %	4,5%	0,5%	2,5%	0,5%	3%	6%	28%

On donne ci-dessous un tableau récapitulatif des interventions sur prolapsus regroupées par grandes catégories, les pourcentages sont calculés par rapport au total des prolapsus opérés dans une période donnée. On voit comment ces pourcentages ont évolué par suite d'une meilleure connaissance des avantages et des inconvénients de chacune des techniques.

Tableau VII
(Tableau récapitulatif)

Période	Lefort	Colpohysté- rectomies	Périnées antérieurs et postérieurs	Manchester	Cas particuliers
1949-1959	15 %	25 %	28 %	7 %	25 %
1960-1970	3 %	42 %	9 %	20 %	26 %

3) Résultats opératoires

Les résultats de ces interventions pour prolapsus sont dans l'ensemble bons, environ 80 % des opérées ont été revues après un recul d'au moins six mois et, sur les personnes qu'il a été possible de revoir, on constate 87 % de bons résultats.

3 % sont des échecs totaux : tous les éléments du prolapsus ont récidivé, aboutissant au même état qu'avant l'intervention. Dans ces cas, plutôt qu'une insuffisance de technique, il faut incriminer la mauvaise qualité des tissus.

10 % sont des échecs partiels. Ils peuvent intéresser :

- le col sous forme de trachéloptose,
- la paroi vaginale antérieure et la vessie sous forme de cystocèle,
- la paroi vaginale postérieure sous forme de colpocèle (avec ou sans rectocèle) ou d'élytrocèle.

Dans ces cas, il s'agit plutôt d'une erreur d'indication opératoire due à une mauvaise appréciation des éléments du prolapsus et non d'une mauvaise technique opératoire.

Tableau VIII

INTERVENTIONS POUR PROLAPSUS
EN FONCTION DE L'AGE DES MALADES

interventions	Age des opérées			TOTAL
	65 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	
Nombre d'interventions	155	120	10	285
Lefort	13	5	1	19
Colpohystérectomie	45	53	7	105
Périnée antérieurs et postérieurs	31	12	1	44
Manchester	25	20	0	45
Périnée postérieurs isolés	11	14	1	26
Amputation du col isolée	7	5	0	12
Hystéropexie	2	2	0	4
Elytrocèle	6	4	0	10
Pickel	7	5	0	12
Wertheim Schauta	5	1	0	6
Incontinence d'urines isolée	1	2	0	3

B - CHIRURGIE DES TUMEURS

1) Tumeurs malignes

a) *Le cancer du corps de l'utérus.*

Le cancer de l'endomètre est une affection fréquente après la ménopause ; il tient donc une place importante dans les indications opératoires.

76 femmes âgées (soit 16 % de l'ensemble des femmes âgées opérées) ont subi une intervention pour cancer de l'endomètre.

- Le traitement chirurgical consiste le plus souvent en une hystérectomie totale avec annexectomie et ablation d'une large collerette vaginale. Dans le service, nous faisons en général cette hystérectomie selon la technique de Viart.

- Pendant une certaine période, lorsque le cancer de l'endomètre était étendu à l'isthme, nous avons pratiqué des hystérectomies élargies comme pour les cancers du col.

Ce type d'intervention doit être abandonné. En effet, il s'agit d'une intervention longue, le choc opératoire est important et la réadaptation fonctionnelle post-opératoire (en particulier urinaire) est difficile. En somme, cette intervention fait courir tous les risques d'une exérèse large sans bénéfice réel pour le traitement du cancer.

- Actuellement, nous limitons donc toujours les indications de la chirurgie à une hystérectomie simple non élargie. Néanmoins, dans 5 cas particuliers, nous avons été amenés à faire une colpohystérectomie en raison de l'âge avancé des patientes, de l'obésité et surtout des risques plus grands de la chirurgie abdominale à cet âge.

- Lorsqu'il existe une extension du cancer aux ganglions iliaques, nous complétons le temps chirurgical par une cobaltothérapie. Depuis trois ans, nous instituons, en plus, un traitement prolongé par la noréthylone (60 mg par jour).

b) Le cancer du col de l'utérus.

Après 65 ans, le cancer du col de l'utérus est beaucoup plus rare que le cancer du corps de l'utérus ; malheureusement, souvent, il est découvert à un stade déjà fort avancé.

De 1960 à 1965, nous avons opéré des cancers du col au stade 1 en faisant des hystérectomies élargies. Néanmoins, le risque opératoire nous a paru trop grand, surtout par comparaison avec le traitement par la seule radiothérapie qui apporte les mêmes bénéfices aux malades.

c) Le cancer de l'ovaire.

Le cancer de l'ovaire est assez fréquent après 65 ans ; malheureusement, il est, lui aussi, découvert à un stade avancé, déjà associé à une ascite. La thérapeutique que l'on peut proposer est, en général, très décevante et la mortalité est importante.

- Les radiations sont peu efficaces.

- Le traitement chirurgical n'apporte souvent qu'une amélioration temporaire, la masse tumorale ne peut pas toujours être enlevée ; néanmoins, il est souhaitable d'en enlever le maximum. En effet, on admet actuellement que l'action de la chimiothérapie en est facilitée, les drogues pouvant alors se concentrer au maximum sur ce qui reste de tissu cancéreux.

De toute façon, quelle que soit la chimiothérapie utilisée ensuite, nous encadrons toujours la période opératoire par des injections de thiopa : une la veille de l'intervention, une le jour même et une autre le lendemain de l'intervention.

- 36 tumeurs de l'ovaire ont été opérées, soit 8% du total de toutes les interventions faites dans le service pour des femmes de plus de 65 ans. La mortalité est extrêmement élevée : 14 de ces femmes sont mortes, soit rapidement après l'intervention, soit (le plus souvent) par cachexie progressive dans les semaines qui ont suivi.

2) Tumeurs bénignes : kystes et fibromes.

Parmi les tumeurs bénignes, le gynécologue est surtout amené à traiter des kystes de l'ovaire et des fibromes utérins.

- Les kystes de l'ovaire (qu'ils soient ou non compliqués) impliquent un traitement chirurgical ; celui-ci se borne le plus souvent à une simple annexectomie ; il ne pose aucun problème chez la femme âgée. Dans le cas d'un kyste volumineux, il faut évacuer lentement l'abdomen de façon à éviter les accidents dus à une décompression brutale.

24 femmes, c'est-à-dire 5% du total de toutes les opérées de plus de 65 ans, ont été traitées pour kyste de l'ovaire.

- Il est assez banal de découvrir un fibrome chez une femme âgée. La chirurgie est indiquée seulement si le diagnostic est hésitant entre fibrome ou kyste ou si l'on suspecte un éventuel sarcome de l'utérus.

7 femmes ont été opérées dans le service sans aucune difficulté lors de l'intervention.

3) Tumeurs de la vulve.

Le cancer de la vulve ou des glandes de Bartholin se voit chez des femmes de plus de 70 ans.

Le traitement est chirurgical ; il consiste en une vulvectomie suivie secondairement d'une lymphadénectomie inguinale. Aucun incident peropératoire n'est survenu et la survie a été très prolongée.

4) Tumeurs mammaires.

Chez la femme âgée, les tumeurs du sein sont pratiquement toujours des cancers ; toute tumeur apparue dans le sein doit donc être hautement suspectée.

Après la mammographie, le traitement est toujours chirurgical ; il faut toujours faire une biopsie extemporanée.

Actuellement, nous limitons l'intervention à une mammectomie simple avec ablation des ganglions envahis, complétée éventuellement par une cobaltothérapie. Lorsque le cancer est très évolué, la chirurgie se borne à une simple intervention de propreté.

La chirurgie élargie du type intervention de Haldstedt n'a pas sa place ici car elle est trop choquante à cet âge.

Nous avons opéré dans le service 12 cancers du sein : 6 chez des femmes de 65 à 69 ans, 5 chez des femmes de 70 à 79 ans, 3 chez des femmes de 80 à 89 ans, 1 chez une femme de plus de 90 ans.



Tableau IX

INTERVENTIONS D'EXERESE POUR AFFECTIONS Tumorales

Interventions	Nombre	%
Cancer de l'endomètre	76	44 %
Cancer du col de l'utérus	11	6 %
Tumeur de l'ovaire	36	21 %
Tumeur de la vulve	8	4 %
Kyste de l'ovaire	24	14 %
Cancer du sein	12	7 %
Divers	8	4 %
TOTAL	175	100 %

C - L'AGE DES OPEREES, LA MORTALITE.

Les 476 femmes de plus de 65 ans opérées dans le service entre 1949 et 1970 représentent 4 % de toutes les interventions gynécologiques effectuées, soit en détaillant :

- 3 % des interventions de 1949 à 1959,
- 5 % des interventions de 1960 à 1970.

Globalement, on peut retenir que la moitié des opérées avait entre 65 et 69 ans, l'autre moitié avait 70 ans et plus.

La mortalité dans le groupe d'âge "plus de 65 ans" nous apparaît moins grande que celle qui est avancée habituellement (cf. tableau de mortalité). En effet, les études récentes consacrées à la géronto chirurgie font état d'une mortalité de 13 à 20 % (nous n'observons que 4,5 %). Ces études concluent que la mortalité chez le vieillard est toujours 2 fois plus élevée que chez l'adulte, quelle que soit la nature de l'intervention et quelle que soit la nature de la maladie, bénigne ou maligne.

Nous pensons que les interventions gynécologiques - pour la plupart de moyenne importance - peuvent être pratiquées chez la femme âgée comme chez la femme adulte. Elles nécessitent seulement une bonne préparation préopératoire et une surveillance post opératoire attentive.

La cause essentielle de la mortalité semble due essentiellement à la maladie elle-même et non à l'intervention. C'est le cas, par exemple, pour les tumeurs de l'ovaire.

Nous n'avons relevé que 21 décès sur 476 opérées, c'est-à-dire un pourcentage de 4,5 %. Il est indispensable de replacer ces décès dans le cadre de la maladie qui a imposé l'intervention. En effet, 20 de ces opérées avaient un cancer, une seule d'entre elles avait subi une intervention réparatrice du périnée.

----->

Tableau X

AGES DES FEMMES OPEREES

Années	65 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	90 ans et plus	Cas par année	
1949-50	5	-	-	-	5	PREMIERE PERIODE (1949 - 1959)
1951	1	-	-	-	1	
1952	9	2	-	-	11	
1953	3	1	1	-	5	
1954	2	5	-	-	7	
1955	10	8	-	-	18	
1956	9	8	-	-	17	
1957	13	7	-	-	20	
1958	12	9	1	-	22	
1959	13	7	1	-	21	
TOTAUX :	77	47	3	0	127	
%	60 %	37 %	3 %		100 %	
1960	15	9	2	-	26	DEUXIEME PERIODE (1960 - 1970)
1961	13	11	-	-	24	
1962	14	6	1	-	21	
1963	17	16	-	-	33	
1964	26	11	-	-	37	
1965	12	13	1	-	26	
1966	13	20	2	-	35	
1967	16	20	1	1	38	
1968	14	18	1	1	34	
1969	17	22	5	-	44	
1970	16	12	2	-	30	
TOTAUX :	174	158	15	2	349	
%	50 %	45 %	4 %	1 %	100 %	
<u>TOTAUX</u>	251	205	18	2	476	ENSEMBLE (49 - 70)
%	53 %	42,5 %	4 %	0,5 %	100 %	

Tableau XI

INTERVENTIONS SELON L'AGE DES FEMMES OPEREES

Nature de l'intervention	65 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus
Nombre total d'interventions par tranche d'âge	251	205	20
Prolapsus	61 %	60 %	50 %
Cancer du corps	16 %	17,5 %	10 %
Tumeurs de l'ovaire	9 %	6,5 %	20 %
Tumeurs de la vulve et du vagin	0 %	4 %	0 %
Divers	14 %	12 %	20 %

Tableau XII

MORTALITE EN FONCTION DE LA NATURE DE L'INTERVENTION

Nature de l'intervention	Nombre d'interventions	Décès	
		Nombre	%
Chirurgie réparatrice du périnée	275	1	0,25 %
Tumeur maligne de l'ovaire	36	14	39 %
Kyste de l'ovaire	24	1	4 %
Cancer de l'utérus	76	5	7 %
Autres interventions	65	0	0
Total des interventions	476	21	4,5 %

CONCLUSIONS

1°) L'étude de la chirurgie gynécologique chez les femmes âgées a été faite sur une série de 500 femmes de plus de 65 ans, opérées dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Médico-Chirurgical FOCH entre 1949 et 1970.

2°) Les méthodes actuelles de l'anesthésie et de la réanimation ont permis d'élargir des indications de cette chirurgie.

3°) Il faut opposer la chirurgie des prolapsus, chirurgie plastique où le pronostic vital ne doit pas être en jeu, à la chirurgie des tumeurs, le plus souvent malignes à cet âge, dont le pronostic est toujours sévère.

4°) En ce qui concerne le traitement des prolapsus, l'âge des malades n'est pas une contre-indication au traitement chirurgical dont le but est une amélioration fonctionnelle. Une sélection rigoureuse après bilan pré-opératoire des malades est cependant nécessaire.

Les indications opératoires ont évolué au cours des 20 dernières années et se caractérisent par :

- l'utilisation quasi exclusive de la voie périnéo-vaginale moins choquante et donnant d'aussi bons résultats fonctionnels ; la voie abdominale étant réservée à des indications très précises.
- l'abandon des simples périnéorrhaphies antérieures et postérieures au profit des interventions type Manchester.
- quand la perméabilité vaginale n'est pas conservée, abandon des techniques de cloisonnement du vagin type Lefort pour des interventions type colpohystérectomie.

5°) Dans la chirurgie des tumeurs, plusieurs éventualités sont à envisager :

- Dans les cancers de l'utérus, l'intervention reste indiquée pour les cancers du corps : hystérectomie non élargie, qui enlève une large collerette vaginale.

Les cancers du col de l'utérus relèvent de la thérapeutique par les agents physiques exclusifs (curiethérapie et cobalthérapie). Elle est indiquée dès le stade I. L'intervention qui pourrait être logique serait une hystérectomie élargie mais celle-ci est souvent trop choquante à cet âge et sans bénéfice par rapport aux autres thérapeutiques.

- Dans les tumeurs de l'ovaire, la chirurgie des tumeurs bénignes n'a rien de particulier, elle est en général bien supportée par la malade.

Les tumeurs malignes sont le plus souvent opérées dans le but, au moins, d'une réduction de la tumeur pour faciliter ensuite l'action des médications antimitotiques.

- Les tumeurs du sein sont en général malignes. La chirurgie est limitée le plus souvent à l'ablation de la tumeur, complétée éventuellement par un traitement radiothérapique. La chirurgie élargie du cancer du sein n'a pas d'indication à cet âge.

6°) La mortalité est très faible dans la chirurgie du prolapsus : 0,25 %. En revanche, elle est élevée en chirurgie carcinologique : 7 % dans les cancers de l'utérus, 40 % dans les cancers de l'ovaire mais, le plus souvent, il s'agit dans ce dernier cas de l'évolution maligne de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ARENAS N. et BETTINOTTI A.E.
La chirurgie gériatrique à la clinique gynécologique de l'hôpital Mejia de Buenos Aires.
Prensa Méd. argent. 27 janv. 1961, 48, n° 4, 212-216 (Bibliogr.).
- 2 - BAGNATI E.P. et VILLANAYOR R.D.
La chirurgie gynécologique chez les malades ayant dépassé 65 ans.
Prensa Méd. argent., 29 mars 1957, 44, n° 13, 973-976 (Bibliogr.).
- 3 - BENTZEN H. et ANKER H.
J. OSLO cit. hosp., mai 1964, 14, n° 5, 85-92.
- 4 - BRADFORD W.Z.
Rôle du gynécologue dans le domaine en expansion de la gériatrie.
Am. J. Phst. Gyn., 1er sept. 1964, 90, n° 1, 1-6 (Bibliogr.).
- 5 - BRAITENBERG H.
L'extension des indications des interventions gynécologiques chez les malades âgées.
Zbl. Gyn., 6 oct. 1962, 84, n° 40, 1569-1574 (Bibliogr.).
- 6 - CETRONI M.B.
Gérontologie. Gynécologie.
Prensa Méd. argent., 15 mai 1953, 40, n° 20, 1238-1241.
- 7 - DETRIE P.
L'opéré abdominal.
Masson, Edition 1970.
- 8 - DOUGLAS C.P.
Les problèmes gynécologiques chez les vieilles femmes.
Practitioner, mars 1966, 196, n° 1173, 371-382 (Bibliogr.).
- 9 - DOUGLAS G.W. et STUDDIFORD.
Grande chirurgie gynécologique chez la malade âgée.
Am. J. Obst. Gyn., juillet 1954, 68, n° 1, 456-465 (Bibliogr.).
- 10 - GIERDAL M. et BUTTERS G.
Les procédés d'anesthésie chez la femme âgée devant subir une intervention gynécologique.
Zbl. Gyn., 22 nov. 1958, 47, 1846-1851, 1 tabl., 3 fig., (Bibliogr.).

BIBLIOGRAPHIE (suite)

- 11 - ERNST J.P. (d')
Gynécologie du 3ème âge (vieillard).
Praxis, 11 avril 1963, 52, n° 15, 454-456 (texte français).
- 12 - HERVE R.
Troubles de la ménopause.
E.M.C., GYNECOLOGIE, fasc.165 alo.
- 13 - HORN E., SZINNYAI M. et PAAL M.
Expériences d'interventions chirurgicales chez des femmes de plus de 60 ans.
Zbl. Gyn., 7 sept. 1963, 85, n° 36, 1288-1295, 5 tabl., (Bibliogr.).
- 14 - LEDERMAIR O.
Les affections gynécologiques chez la femme âgée.
Wien, Med. Wschr., 23 juin 1962, 112, n° 25-26, 511-514 (Bibliogr.).
- 15 - LEVINSON V.B. et POTAPOVA O.N.
Aspects particuliers de l'anesthésie dans les interventions gynécologiques chez la vieille femme.
Akoucherstve i Guineck (Moscou), juin 1964, n° 6, 77-80 (Bibliogr.).
- 16 - LOSKANT G.
Interventions gynécologiques chez les femmes âgées.
Geburtsh. Frauenh., 1968, 28, n° 5, 492-497 (Bibliogr.).
- 17 - MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., BARRAT J.
Traitement chirurgical des prolapsus génitaux.
Masson, Edition 1964.
- 18 - MIKULICZ-RADECKI F. (V.)
L'âge des femmes que nous avons opérées pour affections gynécologiques.
Zbl. Gyn., 11 août 1956, 78, n° 32, 1241-1250.
- 19 - MOUCHET A., NEDEY R. et CORNU P.
Géronto-chirurgie.
Mem. Acad. Chir., 1956, 82, 377-387.
- 20 - MOSLER W.
Risque opératoire chez la femme âgée.
Zbl. Gyn., 5 août 1967, 89, n° 31, 1106-1111 (Bibliogr.).
- 21 - NOGUES A.E. et OTTURI J.E.
Indications de la chirurgie de l'utérus après la quarantaine.
(Revue de 823 observations).
Semana med., 29 oct. 1953, 60, n° 3120, 609-612 (Bibliogr.).

BIBLIOGRAPHIE (suite et fin)

- 22 - PAGE E.W.
Gynécologie en gériatrie.
Am. J. Obst. Gyn., 1er juin 1966, 95, n° 3, 350-354.
- 23 - PEQUIGNOT H. et PASQUIER F.
Les problèmes gynécologiques de la femme âgée.
Concours méd., 20 janv. 1968, 90, n° 3, 449-458.
- 24 - RUPPRECHT A. et STANGE E.H.
Le traitement chirurgical des femmes de plus de soixante-dix ans
à la clinique gynécologique de Kiel de 1929 à 1938.
Zbl. Gyn., 16 juillet 1960, 82, n° 29, 1089-1095 (Bibliogr.).
- 25 - SALEMBIER Y.
Chirurgie gérontologique.
Editions "L'Expansion" (1957).
- 26 - SCHURMANN K.
Problèmes du traitement chirurgical gynécologique chez les femmes
âgées.
Zbl. Gyn., 29 mai 1965, 87, n° 22, 745-755, 5 tabl., (Bibliogr.).
- 27 - SENARCIENS M. (de)
La vieille dame, sa fatigue, son gynécologue.
Méd. et Hyg., 12 oct. 1966, 24, n° 750, 994-995.
- 28 - STAROSTINA T.A.
Interventions gynécologiques chez les femmes âgées et séniles souffrant d'affections cardiovasculaires.
Akoucherstve i Guinek (Moscou), avril 1966, n° 4, 14-17 (Bibliogr.).
- 29 - STAROSTINA T.A.
Les interventions gynécologiques chez les femmes âgées et séniles.
Akoucherstve i Guinek (Moscou), 1963, n° 2, 38-44 (Bibliogr.),
(résumé anglais).
- 30 - VOINCHET O., NEDEY R. et MOUCHET A.
Causes du risque opératoire chez 100 vieillards.
Comparaison statistique avec un groupe témoin.
Annales de chirurgie, 1968, 22, 359-363.
- 31 - WEED J.C. et MIGHELL J.R.
Les grandes opérations gynécologiques chez les malades ayant dépassé la cinquantaine.
Am. J. Obst. Gyn., février 1950, 59, n° 2, 305-310 (Bibliogr.).
- 32 - Chirurgie gynécologique chez la femme âgée.
Presse méd., 19 déc. 1964, 72, n° 54, 3319.
- 33 - Considérations sur la chirurgie gynécologique chez les femmes âgées.
Gynéc. prat., 1964, 15, n° 1, 38-39.

